

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Als Sorgeberechtigte/r des Kindes.....
 entbinde/n ich/wir hiermit bis auf Widerruf Fr. Dr. Bucher und deren Mitarbeiterinnen wechselseitig mit unten aufgeführten Personen/Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht

	Name:	Tel.:
Kinderarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.
Klinik/Krankenhaus
Schule
Kindergarten
Jugendamt
Sonstige Personen

Damit Fr. Dr. Bucher/deren Mitarbeiterinnen zum einen Vorinformationen und Berichte anfordern und von den oben genannten Stellen erhalten dürfen, zum anderen an die genannten Stellen entsprechende Informationen und Berichte weitergeben dürfen.

.....
Ort, Datum und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten